

Ανασκοπήσεις

Λαπαροσκοπική ιεροκολποπηξία

Κ.Α. Πανταζής¹
Τ. Τσαλίκη^{†2}

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η λαπαροσκοπική ιεροκολποπηξία με πλέγμα είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική επέμβαση για την πρόπτωση του κολπικού κολοβώματος μετά υστερεκτομία. Τα αποτελέσματα της επέμβασης αυτής συγκρίνονται άμεσα με αυτά της ανοικτής ιεροκολποπηξίας με πλέγμα, που θεωρείται η μέθοδος εκλογής για αυτό τον τύπο πρόπτωσης. Ο κίνδυνος και οι επιπλοκές είναι περιορισμένες, εφόσον ο χειρουργός έχει την κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία. Όταν συνυπάρχει ακράτεια ούρων από προσπάθεια, μπορεί να γίνεται ταυτόχρονα λαπαροσκοπική κολποανάρτηση κατά Burch ή να τοποθετείται μεσοουρηθρική ταινία ελεύθερη τάσης στον ίδιο χρόνο ή σε δεύτερο χρόνο. Η ρομποτική παραλλαγή της λαπαροσκοπικής ιεροκολποπηξίας είναι πολλά υποσχόμενη.

Όροι Ευρετηρίου: Λαπαροσκοπική ιεροκολποπηξία, πρόπτωση κολπου, πρόπτωση κολοβώματος, ρομποτική ιεροκολποπηξία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αντιμετώπιση της πρόπτωσης του κολπικού κολοβώματος μετά από υστερεκτομία υπήρξε ανέκαθεν μία πρόκληση στο χώρο της Ουρογυναικολογίας και Επανορθωτικής Χειρουργικής του Πυελικού Εδάφους. Υπολογίζεται ότι εμφανίζεται σε συχνότητα 3,6 ανά 1.000 γυναίκες-έτη¹, ενώ η συχνότητα, ειδικά μετά από υστερεκτομία που διενεργήθηκε για πρόπτωση, είναι υψηλότερη. Πλήθος επεμβάσεων έχει επιχειρηθεί ιστορικά, με σκοπό την ανάρτηση του κολοβώματος από οστά, συνδέσμους, μύες και περιτονίες της πυέλου, διαμέσου κολπικής ή κοιλιακής πρόσβασης. Η κοιλιακή ιεροκολποπηξία με χρήση πλέγματος, μια τεχνική που περιγράφηκε ήδη το 1962 από τον Lane, αναγνωρίστηκε τη δεκαετία του 1990 ως η αποτελεσματικότερη επέμβαση για τη διόρθωση της πρόπτωσης του κολπικού κολοβώματος μετά από τυχαίοποιημένη σύγκριση με τη διακολπική ισχιοϊερή κολποανάρτηση^{2,3}. Την ίδια εποχή, οι Nezhat και συνεργάτες περιέγραψαν τη λαπαροσκοπική εκδοχή της κοιλιακής ιεροκολποπηξίας⁴. Μέχρι τις μέρες μας, αρκετοί συγγραφείς έχουν αναφέρει σειρές περιστατικών λαπαροσκοπικής ιεροκολποπηξίας με αποτελεσματικότητα ανάλογη της κοιλιακής ιεροκολποπηξίας και όλα τα πλεονεκτήματα μιας ελάχιστα επεμβατικής τεχνικής, όπως ταχύτερη κινητοποίηση της ασθενούς, μικρότερη απώλεια αίματος και ταχύτερη επάνοδο στην εργασία.

Παρά τα πολλά υποσχόμενα πρώτα αποτελέσματα, η λαπαροσκοπική τεχνική δεν έχει υποκαταστήσει την ανοικτή μέθοδο ως επέμβαση εκλογής

¹Μαιευτήρας Γυναικολόγος

²Καθηγητής Μαιευτικής -
Γυναικολογίας ΑΠΘ

Α΄ Μαιευτική - Γυναικολογική
Κλινική ΑΠΘ, ΓΠΝ Παπαγεωργίου,
Θεσσαλονίκη

Αλληλογραφία:

Κ. Πανταζής

Τσιμισκή 66, 546 22 Θεσσαλονίκη

Τηλ.: 2310 253532

E-mail: konpan@doctors.org.uk

Κατατέθηκε: 30/11/09

Εγκρίθηκε: 29/12/09

μέχρι σήμερα. Η πιθανότερη αιτία της καθυστέρησης αυτής είναι το γεγονός ότι η λαπαροσκοπική ιεροκολποπηξία απαιτεί υψηλό επίπεδο λαπαροσκοπικής τεχνικής και εμπειρίας κι έτσι έχει περιορισθεί στα πλαίσια των εξειδικευμένων κέντρων. Για τον ίδιο λόγο, δεν έχουν ολοκληρωθεί μέχρι σήμερα διπλές τυφλές τυχαιοποιημένες μελέτες που συγκρίνουν την ανοικτή με τη λαπαροσκοπική τεχνική. Με την αύξηση της λαπαροσκοπικής εμπειρίας μεταξύ των γυναικολόγων και ιδιαίτερα των εξειδικευμένων ουρογυναικολόγων, θεωρείται πιθανό η λαπαροσκοπική ιεροκολποπηξία να αποτελέσει επέμβαση εκλογής για τη διόρθωση της πρόπτωσης του κολπικού κολοβώματος στο εγγύς μέλλον.

ΤΕΧΝΙΚΗ

Η λαπαροσκοπική ιεροκολποπηξία δεν απέχει πολύ από μια αντιγραφή της ανοικτής ιεροκολποπηξίας. Διαφέρει, βεβαίως, η πρόσβαση και τα εργαλεία, όμως ο στόχος της επέμβασης και οι χειρουργικοί χρόνοι είναι όμοιοι. Ο χειρουργός αποσκοπεί στην ανάρτηση του κολπικού κολοβώματος από το ιερό οστό με την παρεμβολή πλέγματος, που σκοπό έχει κυρίως να αποφευχθεί η τάση. Η τάση στο ίδιο το πλέγμα θεωρείται ως η σημαντικότερη αιτία αποτυχίας της επέμβασης. Οι περισσότερες αποτυχίες συνδυάζονται με αποκόλληση του πλέγματος από τον κόλπο και οφείλονται στον υπερβολικό ζήλο του χειρουργού να δημιουργήσει εντυπωσιακό αποτέλεσμα με έλξη του κολοβώματος πολύ ψηλά. Η μελέτη μαγνητικών τομογραφιών μετά από ιεροκολποπηξία δείχνει ότι η τάση όχι μόνο αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής, αλλά έλκει τον κόλπο σε παρά φύσιν γωνία με το πυελικό έδαφος, δημιουργώντας κατάλληλες συνθήκες για επιπλοκές, όπως η ακράτεια ούρων από προσπάθεια.

Η λαπαροσκοπική ιεροκολποπηξία διενεργείται διαμέσου 4 τουλάχιστον εισόδων στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Απαιτείται μία είσοδος για το λαπαροσκόπιο, που συνήθως είναι υπομφάλια ή διομφάλια. Επίσης, μία είσοδος υπερηβικά για πολλαπλές χρήσεις και τέλος, δύο πλάγιες υπογάστριες. Οι δύο τελευταίες εισοδοί πρέπει να προγραμματιστούν προσεκτικά από το χειρουργό, ώστε να επιτρέπουν την παρασκευή του κολοβώματος και τη συρραφή του πλέγματος επάνω σε αυτό υπό κατάλληλη γωνία. Η θέση των εισόδων αυτών δεν είναι σταθερή και αποφασίζεται με βάση την ανατομία της ασθενούς και το μήκος του κολοβώματος. Γενικά, συνήθως, βρίσκονται πιο ψηλά (κεφαλικά) και πιο κεντρικά (προς τη μέση γραμμή) από ό,τι στις περισσότερες επεμβάσεις για εξαρτηματικούς όγκους, στις οποίες αποκτούν τη μεγαλύτερη λαπαροσκοπική εμπειρία οι γυναικολόγοι.

Η επέμβαση ξεκινά από μια ερευνητική λαπαροσκόπηση και, όπως σε όλες τις λαπαροσκοπήσεις, πρέπει να επισκοπείται συστηματικά η πύελος, όπως και η κάτω και άνω κοιλία και να αναγνωρίζονται όλα τα σχετικά ανατο-

μικά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων αγγείων, νεύρων και ουρητήρων.

Η παρασκευή του χειρουργικού πεδίου γίνεται σε τρεις χρόνους. Παρασκευάζεται το κολόβωμα του κόλπου και ο προίερός χώρος και διανοίγεται το περιτόναιο μεταξύ των δύο προηγούμενων περιοχών. Η σειρά των χρόνων μπορεί να είναι άλλοτε άλλη, όμως οι περισσότεροι χειρουργοί προτιμούν να ξεκινούν από το ιερό οστό για λόγους αιμόστασης και προγραμματισμού. Πράγματι, στις ελάχιστες περιπτώσεις που η επέμβαση εγκαταλείπεται ή μετατρέπεται σε ανοικτή, ο συνηθέστερος λόγος είναι η δυσχέρεια στην παρασκευή του προίερού χώρου.

Κατάλληλος χώρος για τη στερέωση του πλέγματος στο ιερό είναι η προίερη περιτονία στο ύψος του πρώτου ιερού σπονδύλου. Πιο ψηλά, το πεδίο πλησιάζει το διχασμό της αορτής, ενώ πιο χαμηλά η περιτονία είναι πολύ ισχνή και η στερέωση αναποτελεσματική.

Η διάνοξη του περιτοναίου για τη διέλευση του πλέγματος συνήθως ξεκινά από τον προίερό χώρο. Η παρασκευή είναι απαιτητική και η σωστή γραμμή βρίσκεται μεταξύ του σιγμοειδούς και της δεξιάς κοινής λαγονίου, της έσω λαγονίου και, όχι σπάνια, του δεξιού ουρητήρα. Η παρασκευή γίνεται μόνο επιφανειακά, με σκοπό να κινητοποιηθεί το σιγμοειδές και όχι βαθύτερα, λόγω κινδύνου τρώσης του φλεβικού δικτύου που αγγειώνει το σιγμοειδές, αλλά και τρώσης των πολύ μικρής διατομής νεύρων του κατώτερου υπογαστρίου πλέγματος που νευρώνει το ορθοσιγμοειδές και την ουροδόχο κύστη και πιστεύεται ότι η βλάβη του μπορεί να προκαλέσει επίμονη δυσκοιλιότητα και διαταραχές ούρησης.

Η παρασκευή του κολοβώματος του κόλπου γίνεται με τον κόλπο σε τάση με χρήση ενδοκολπικού χειριστή. Αν είναι απαραίτητο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ενδορθικός χειριστής για να παρασκευασθεί με ασφάλεια ο ορθοκολπικός χώρος. Η έκταση της παρασκευής του πρόσθιου και οπίσθιου τοιχώματος του κόλπου ποικίλλει ανάλογα με την έκταση που προορίζεται να στερεωθεί το πλέγμα. Όσο χαμηλότερα προχωρά η παρασκευή, τόσο καλύτερα διορθώνεται μια πιθανή κυστεοκήλη ή ορθοκήλη. Επίσης, αν η παρασκευή του ορθοκολπικού χώρου προχωρήσει μέχρι το ιδίως περίνεο, υπάρχει η δυνατότητα ανάρτησης και διόρθωσης της υπερκινητικότητας αυτού. Στον αντίποδα, όσο χαμηλότερα προχωρά η παρασκευή, τόσο αυξάνει ο κίνδυνος επιπλοκών. Η χρυσή τομή εναπόκειται στην κρίση του κατάλληλα εκπαιδευμένου χειρουργού και είναι διαφορετική για κάθε περιστατικό· συνήθως ενεργείται περιορισμένη παρασκευή της πρόσθιας επιφάνειας του κόλπου, με σκοπό κυρίως την κινητοποίηση της ουροδόχου κύστης, ενώ η έκταση της παρασκευής στην οπίσθια επιφάνεια εξαρτάται από τη συνύπαρξη ορθοκήλης.

Το πλέγμα που χρησιμοποιείται είναι συνήθως κατασκευασμένο από λεπτό μονόκλωνο πολυπροπυλένιο τύ-

που 1 (με μεγάλους πόρους). Αν και προτείνονται παραλλαγές, έχει επικρατήσει διεθνώς η χρήση του ανωτέρω πλέγματος, γιατί αφενός μεν είναι ανθεκτικό, αφετέρου δε, συνδέεται με λιγότερο κίνδυνο διάβρωσης δια του κόλπου⁵. Η καθήλωση στην προϊερί περιτονία μπορεί να γίνει με μη απορροφήσιμα ράμματα ή μεταλλικά στοιχεία αγκύρωσης, όπως clips/ελατήρια/βίδες. Για πρακτικούς λόγους, στη λαπαροσκοπική τεχνική προτιμώνται τα μεταλλικά στοιχεία αγκύρωσης. Η στερέωση στον κόλπο μπορεί να γίνει με διαφόρους τύπους ραμμάτων, ενώ πρέπει να αποφεύγονται τα μεταλλικά στοιχεία αγκύρωσης για τον κίνδυνο διάβρωσης και δυσπαρένειας. Κατά προτίμηση, χρησιμοποιείται συνδυασμός βραδέως απορροφήσιμων ραμμάτων για διέλευση ολικού πάχους δια του κόλπου και μονόκλωνων μη απορροφήσιμων ραμμάτων με μερική διέλευση (αποφυγή του βλεννογόνου).

Η καμπύλη εκμάθησης φαίνεται να είναι σχετικά αργή όσον αφορά τον εγχειρητικό χρόνο, όμως οι επιπλοκές, περιλαμβανομένης της υποτροπής, δεν εμφανίζονται αυξημένες στην αρχή της καμπύλης⁶. Ο απαιτούμενος αριθμός περιστατικών αγγίζει τα 60, ενώ η διάρκεια του χειρουργείου μειώνεται δραματικά στα πρώτα 30 περιστατικά και σταθεροποιείται μετά 90 περιστατικά.

Μερικοί χειρουργοί πραγματοποιούν προφυλακτική ιεροτραχηλοπηξία/ιεροκολποπηξία μετά υστερεκτομία (ολική/υφολική) για παθολογία μήτρας/εξαρτημάτων, ή ιεροτραχηλοπηξία/ιεροκολποπηξία μετά υστερεκτομία για πρόπτωση. Δεν υπάρχουν πολλά βιβλιογραφικά δεδομένα για αυτές τις παραλλαγές. Το τεχνικό πλεονέκτημα όταν παραμένει τμήμα του τραχήλου είναι ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν μεταλλικά στοιχεία αγκύρωσης του πλέγματος στον τράχηλο και να μειωθεί η διάρκεια της επέμβασης. Αντίστροφα, όμως, ένα σημαντικό μειονέκτημα είναι η δυσχέρεια παρασκευής του κοιλιακού τοιχώματος. Αν η υστερεκτομία είναι ολική, αυξάνεται ο κίνδυνος διάβρωσης του πλέγματος στον κόλπο.

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Όπως αναφέρθηκε, απαιτούνται τουλάχιστον τέσσερις είσοδοι στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Τα δύο trocar, συνήθως το διομφάλιο και το υπερηβικό, θα πρέπει να είναι 10mm για τη διέλευση του λαπαροσκοπίου και των ραμμάτων μαζί με τις βελόνες τους. Χρειάζεται μια σειρά λαπαροσκοπικών εργαλείων: δύο βελονοκάτοχα, 2 ατραυματικές λαβίδες, διπολική διαθερμία, λαπαροσκοπικό ψαλίδι, συσκευή έκπλυσης - αναρρόφησης, ειδικό manipulator κόλπου και manipulator ορθοσιγμοειδούς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή, η λαπαροσκοπική ιεροκολποπηξία φαίνεται σε ένα σημαντικό αριθμό δημοσιευμένων σειρών περιστατικών εξίσου αποτελεσματική με την ανοικτή ιεροκολποπηξία, παρόλο που

μέχρι σήμερα δεν έχει ολοκληρωθεί μια τυχαιοποιημένη συγκριτική μελέτη. Σε μία από τις σειρές με μεγαλύτερο χρόνο παρακολούθησης (μέσος χρόνος 43 μήνες, σύνολο μελέτης 8 έτη), βρέθηκε ποσοστό επιτυχίας για το μεσαίο κοιλικό διαμέρισμα 94%, ενώ οι μισές σχεδόν υποτροπές συνδέθηκαν με τη χρήση πλέγματος πολυπροπυλενίου-πολυγλακτίνης⁷. Σε μια άλλη μελέτη με μέσο όρο χρόνου παρακολούθησης 33 μήνες, βρέθηκε ποσοστό επιτυχίας για το μεσαίο κοιλικό διαμέρισμα 94% με χρήση μη απορροφήσιμου συνθετικού πλέγματος και 79% με πλέγματα από χοίρειο κολλαγόνο⁵. Σε μια μικρή, αλλά πολύ καλά τεκμηριωμένη μελέτη με μέσο χρόνο παρακολούθησης 26,5 μήνες, βρέθηκε ποσοστό ανατομικής επιτυχίας στο μεσαίο κοιλικό διαμέρισμα 100%, ενώ οι ίδιες οι ασθενείς ανέφεραν ίαση 95%⁸.

Όσον αφορά το πρόσθιο και οπίσθιο κοιλικό διαμέρισμα, η βιβλιογραφία είναι εξαιρετικά συγκεχυμένη. Ο προφανής λόγος είναι ο μεγάλος αριθμός παραλλαγών στην τεχνική. Όπως αναφέρθηκε, είναι στην κρίση του χειρουργού πόσο ευρεία θα είναι η παρασκευή του πρόσθιου και οπίσθιου τοιχώματος του κόλπου και κατά συνέπεια και η κάλυψη με πλέγμα. Γενικά, στο οπίσθιο διαμέρισμα φαίνεται να παρουσιάζονται περισσότερες ανατομικές και συμπτωματικές υποτροπές. Δεν είναι κατάλληλα τεκμηριωμένο αν είναι προτιμότερο ή ακόμη και επωφελές να καλύπτεται όλο το οπίσθιο κοιλικό τοίχωμα με πλέγμα, με σκοπό να προληφθούν υποτροπές, δεδομένου ότι στην περίπτωση ορθοκήλης μεγάλου σταδίου, συνυπάρχουν σοβαρές βλάβες του ορθοκολπικού διαφράγματος. Θεωρείται ενδεχόμενο να πλεονεκτεί συνδυασμός με κοιλιακή επέμβαση, ώστε να επισκευαστεί κατάλληλα το ορθοκολπικό διάφραγμα και να προληφθούν ή να ιαθούν και συνοδά συμπτώματα από το ορθοσιγμοειδές. Αντίστοιχα στο πρόσθιο κοιλικό διαμέρισμα, παρόλο που η λαπαροσκοπική ιεροκολποπηξία διορθώνει αποτελεσματικά την πρόπτωση, δε συμβαίνει το ίδιο με την υπερκινητική ουρήθρα. Αν η κυστεοκήλη φθάνει πολύ χαμηλά, ενδεχομένως να υπάρξει εμμένουσα ουρηθροκήλη με υπερκινητική ουρήθρα και ακράτεια από προσπάθεια.

Τα τελευταία χρόνια, αναπτύσσεται η ρομποτική τεχνική λαπαροσκοπικής, που είναι η νεότερη παραλλαγή της λαπαροσκοπικής. Τα πρώτα αποτελέσματα της ρομποτικής υποβοηθούμενης ιεροκολποπηξίας είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά και σε μια συγκριτική μελέτη, βρέθηκε ότι έχει εξίσου καλά βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα με την ανοικτή ιεροκολποπηξία, με μικρότερη διεγχειρητική απώλεια αίματος και ταχύτερη έξοδο από το νοσοκομείο⁹. Σε μια άλλη μελέτη, αναλύθηκε η καμπύλη εκμάθησης και βρέθηκε αρκετά σύντομη, με τον εγχειρητικό χρόνο να ελαττώνεται κατά 25% μετά τα 10 πρώτα περιστατικά¹⁰.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπλοκές της λαπαροσκοπικής ιεροκολποπηξίας δε φαίνεται να είναι αυξημένες σε σχέση με την ανοικτή μέθοδο. Ο κίνδυνος τρώσης πνευλικών ή κοιλιακών οργάνων, όπως έντερο, ουροδόχος κύστη, μεγάλα αγγεία, αναφέρεται σε όλη τη βιβλιογραφία ως χαμηλότερος του 5%, όταν εκτελείται από κατάλληλα εκπαιδευμένους χειρουργούς. Ο κίνδυνος παρόμοιων επιπλοκών επηρεάζεται από ειδικές συνθήκες, όπως ενδοπεριτοναϊκές συμφύσεις, ασυνήθιστες ανατομικές παραλλαγές, κυρίως αγγειακές, παχυσαρκία και προηγούμενες επεμβάσεις.

Μετεγχειρητικός ειλεός, συνήθως παραλυτικός, αναφέρεται σε ποσοστό 2% και πιστεύεται ότι αποφεύγεται με συντηρητική κινητοποίηση του σιγμοειδούς, αποφυγή τάσης στο πλέγμα και περιτονοποίηση εμπρός από το πλέγμα. Αντίθετα με τον ειλεό, η σοβαρή κι επίμονη δυσκοιλιότητα είναι πολύ συχνή κι επιπλέκει μία στις τρεις επεμβάσεις.

Η διάβρωση του πλέγματος δια του κόλπου είναι σπάνια κι αναφέρεται σε ποσοστό κάτω του 3%, όταν η επέμβαση γίνεται για πρόπτωση κολοβώματος. Αντίθετα, όταν γίνεται στον ίδιο χρόνο ολική υστερεκτομία, η διάβρωση μπορεί να πλησιάσει το 10%. Η διατήρηση του τραχήλου και η διενέργεια ιεροτραχηλοπηξίας ενδεχομένως ενέχει μικρότερο κίνδυνο διάβρωσης, ωστόσο αποτελεί διαφορετική επέμβαση, αφού παραμένει το μεγαλύτερο μέρος το τραχήλου. Παρόλο που η διάβρωση είναι σπάνια, το πλέγμα είναι συχνά ψηλαφητό στο οπίσθιο ή και πρόσθιο κολπικό τοίχωμα και μπορεί δυνητικά να προκαλέσει δυσπαρεύνεια, είτε για τη γυναίκα, είτε για το σύντροφό της. Για το λόγο αυτό, πρέπει το πλέγμα να είναι όσο γίνεται πιο απαλό στην υφή και να εφαρμόζεται στον κόλπο χωρίς πτύχωση, κάτι που αποτελεί τεχνική πρόκληση για το χειρουργό.

Η απώλεια αίματος είναι περιορισμένη και σε μια συγκριτική μελέτη, βρέθηκε μετεγχειρητική πτώση αιμοσφαιρίνης κάτω από 1,5mg/dl¹¹. Το ενδεχόμενο τρώσης μεγάλων αγγείων είναι υπαρκτό, αλλά πολύ σπάνιο στη βιβλιογραφία, πιθανώς μικρότερο από 1%. Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι η λαπαροσκοπική ιεροκολποπηξία αναγνωρίζεται ως τεχνικά απαιτητική επέμβαση και διενεργείται από έμπειρους χειρουργούς. Η συχνότερη αιμορραγική επιπλοκή είναι η τρώση της μέσης ιερής αρτηρίας, που απαιτεί άμεση αιμόσταση.

Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχουν μελέτες για τη συσχέτιση της λαπαροσκοπικής ιεροκολποπηξίας με την ακράτεια ούρων και πρέπει κανείς να αρκείται σε αναγωγές των δεδομένων από την ανοικτή ιεροκολποπηξία. Μερικοί συγγραφείς αναφέρουν ακράτεια ούρων ως μετεγχειρητική επιπλοκή μετά από ανοικτή ιεροκολποπηξία σε ποσοστό 5-10%¹². Αντίστροφα, άλλοι συγγραφείς αναφέρουν ίαση ακράτειας ούρων σε ποσοστό 50%, χωρίς συνοδό επέμβαση ακράτειας⁸. Σε μία μελέ-

τη για την πρόληψη μετεγχειρητικής ακράτειας ούρων μετά από ανοικτή ιεροκολποπηξία, βρέθηκε ότι 24% των προεγχειρητικά ασυμπτωματικών για ακράτεια γυναικών ανέφεραν ακράτεια από προσπάθεια μετεγχειρητικά¹³. Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν στη μελέτη αυτή σε κολποανάρτηση κατά Burch ταυτόχρονα με την ιεροκολποπηξία παραπονέθηκαν για ακράτεια από προσπάθεια μετεγχειρητικά μόνο σε ποσοστό 6,1%. Η μελέτη αυτή συζητήθηκε ιδιαίτερα διεθνώς, χωρίς να βρουν τα συμπεράσματά της ευρεία αποδοχή¹⁴. Η σύγκριση της βιβλιογραφίας στο ερώτημα της συσχέτισης της ιεροκολποπηξίας με την ακράτεια ούρων οφείλεται στους διαφορετικούς ορισμούς της ακράτειας σε διαφορετικές μελέτες και ακόμη, στην αδυναμία της αντικειμενικής εκτίμησης της λανθάνουσας ακράτειας ούρων, ειδικά σε γυναίκες με πρόπτωση του κολπικού κολοβώματος. Γενικά, όταν η γυναίκα πάσχει από ακράτεια από προσπάθεια προεγχειρητικά, μπορεί να γίνεται ταυτόχρονα κολποανάρτηση κατά Burch, εφόσον υπάρχει κατάλληλη λαπαροσκοπική εμπειρία, ή να τοποθετείται μεσοουρηθρική ταινία ελεύθερη τάσης. Αν η γυναίκα δεν αναφέρει ακράτεια προεγχειρητικά και οι σχετικές δοκιμασίες μετά προσωρινή ανάταξη π.χ. με πεσσο ή στυλεό είναι αρνητικές, η τυχόν μετεγχειρητική ακράτεια πρέπει να θεωρείται *de novo*. Η *de novo* ακράτεια, όταν αποφεύγεται η διεγχειρητική υπερδιόρθωση, μάλλον δεν ξεπερνά το 5-10% και μπορεί να θεραπεύεται σε δεύτερο χρόνο με μεσοουρηθρική ταινία ελεύθερη τάσης.

ΝΕΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Ενώ ακόμη πολλοί χειρουργοί περιμένουν τυχαίοποιημένες συγκριτικές μελέτες για να περάσουν από την ανοικτή στη λαπαροσκοπική ιεροκολποπηξία, άλλοι χειρουργοί περνούν με περίσσεια ενθουσιασμού στη χρήση κολπικών πλεγμάτων σε μορφή τυποποιημένων kit, που συνήθως αποτελούνται από ένα ευρύ κεντρικό τμήμα και 2, 4 ή 6 απολήξεις στερέωσης. Η διάδοση της χρήσης των τεχνικών αυτών ξεπερνά κατά πολύ τις διαθέσιμες πληροφορίες τεκμηρίωσης, κάτι που φαίνεται και από το γεγονός ότι οι εταιρείες που τα παράγουν τα αντικαθιστούν με νεότερα, προτού συλλεγούν αρκετά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά τους. Ήδη, διεθνείς οργανισμοί έχουν επιστήσει την προσοχή των ιατρών στο γεγονός ότι η χρήση αυτών των υλικών είναι σε πειραματικό στάδιο και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή και κυρίως, τα περιστατικά να παρακολουθούνται και να καταγράφονται^{15,16}.

Μέχρι σήμερα, η ιεροκολποπηξία και μάλιστα η λαπαροσκοπική ιεροκολποπηξία φαίνεται να είναι η καλύτερη επιλογή στην πρόπτωση του μεσαίου κολπικού διαμερίσματος, ωστόσο είναι πολύ πιθανό στο μέλλον

νέα υλικά και κολπικές τεχνικές να διεκδικήσουν αυτή τη θέση. Σε κάθε περίπτωση, η πολυπλοκότητα των συμπτωμάτων που προκαλούνται από τη χαλάρωση του πυελικού εδάφους και την απώλεια στήριξης των πυελικών οργάνων είναι τέτοια, ώστε διαφορετικές θεραπείες θα απαιτούνται πάντα για διαφορετικές ασθενείς και η λαπαροσκοπική ιεροκολποπιξία πιθανότατα θα παραμείνει μεταξύ των άριστων επιλογών.

Summary

Pantazis KA, Tsalikis T†

Laparoscopic Sacrocolpopexy

Helen Obstet Gynecol 22(1):57-61, 2010

Laparoscopic sacrocolpopexy with mesh is a safe and effective treatment for post hysterectomy vault prolapse. The results of this procedure appear comparable with those of open abdominal sacrocolpopexy with mesh, which is the gold standard for this type of prolapse. The procedure related risks and complications are limited, provided that the surgeon is appropriately trained and experienced. In case of co-existing stress urinary incontinence this can be treated by concomitant laparoscopic Burch colposuspension or insertion of a mid-urethral sling, either concomitant or deferred. Robotic-assisted sacrocolpopexy is a promising variation of the standard laparoscopic technique.

Key words: *Laparoscopic sacrocolpopexy, vaginal prolapse, vault prolapse, robotic sacrocolpopexy.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104(5):579-85.
- Lane FE. Repair of post hysterectomy vaginal-vault prolapse. *Obstet Gynecol* 1962; 20:72-7.
- Benson JT, Lucente V, McClellan E. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: a prospective randomized study with long-term outcome evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:1418-22.
- Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol* 1994; 84:885-8.
- Deprest J, De Ridder D, Roovers JP, Werbrout E, Coremans G, Claerhout F. Medium term outcome of laparoscopic sacrocolpopexy with xenografts compared to synthetic grafts. *J Urol* 2009 Nov; 182(5):2362-8.
- Claerhout F, Roovers JP, Lewi P, Verguts J, De Ridder D, Deprest J. Implementation of laparoscopic sacrocolpopexy: a single centre's experience. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009 Sep; 20(9):1119-25.
- Granese R, Candiani M, Perino A, Romano F, Cucinella G. Laparoscopic sacrocolpopexy in the treatment of vaginal vault prolapse: 8 years experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009 Oct; 146(2):227-31.
- North CE, Ali-Ross NS, Smith AR, Reid FM. A prospective study of laparoscopic sacrocolpopexy for the management of pelvic organ prolapse. *BJOG.* 2009; 116(9):1251-7.
- Geller EJ, Siddiqui NY, Wu JM, Visco AG. Short-term outcomes of robotic sacrocolpopexy compared with abdominal sacrocolpopexy. *Obstet Gynecol* 2008 Dec; 112(6):1201-6.
- Akl MN, Long JB, Giles DL, Cornella JL, Pettit PD, Chen AH, Magtibay PM. Robotic-assisted sacrocolpopexy: technique and learning curve. *Surg Endosc* 2009 Oct; 23(10):2390-4.
- Pantazis K, Freeman R, Thomson A, Frappell J, Bombieri L, Waterfield M. Results from the LAS Trial, an RCT comparing open abdominal to laparoscopic sacrocolpopexy for the treatment of post hysterectomy vault prolapse. *IUGA 2008, Taipei.* Oral Poster 120.
- Claerhout F, De Ridder D, Roovers JP, Rommens H, Spelzini F, Vandenbroucke V, Coremans G, Deprest J. Medium-term anatomic and functional results of laparoscopic sacrocolpopexy beyond the learning curve. *Eur Urol* 2009 Jun; 55(6):1459-67. Epub 2008 Dec 17.
- Brubaker L, Cundiff GW, Fine P, Nygaard I, Richter HE, Visco AG, Zyczynski H, Brown MB, Weber AM. Pelvic Floor Disorders Network. Abdominal sacrocolpopexy with Burch colposuspension to reduce urinary stress incontinence. *N Engl J Med* 2006 Apr 13; 354(15):1557-66.
- Aungst MJ, Mamienski TD, Albright TS, Zahn CM, Fischer JR. Prophylactic Burch colposuspension at the time of abdominal sacrocolpopexy: a survey of current practice patterns. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009 Aug; 20(8):897-904.
- FDA Public Health Notification: Serious Complications Associated with Transvaginal Placement of Surgical Mesh in Repair of Pelvic Organ Prolapse and Stress Urinary Incontinence. Issued: October 20, 2008. <http://www.fda.gov>.
- NICE IPG267 Surgical repair of vaginal wall prolapse using mesh: guidance. <http://guidance.nice.org.uk/IPG267/Guidance/pdf/English>.